

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua 6, 2580 - Entre Avenidas 30 e 32
Centro - Rio Claro - SP - Brasil
Tel: +55 (19) 3522-3600

ANEXO IV - CADASTRO DO RESPONSÁVEL

DADOS DA EMPRESA	
NOME:	CNPJ:
I.E.:	I.M.:
ENDEREÇO COM CEP:	
CIDADE:	UF:
TELEFONE:	E-MAIL:
E-MAIL PARA ENVIO EMPENHO:	

DADOS BANCÁRIOS		
BANCO:	AG:	CC:
BANCO:	AG:	CC:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL	
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
RG:	CPF:
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:
CARGO NA EMPRESA:	
ENDEREÇO COM CEP:	
BAIRRO:	CIDADE/UF:
TELEFONE:	E-MAIL:

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO (se necessário)	
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
RG:	CPF:
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:
CARGO NA EMPRESA:	
ENDEREÇO COM CEP:	
BAIRRO:	CIDADE/UF:
TELEFONE:	E-MAIL:

*Todos os campos são de preenchimento obrigatório